anuário antropológico
v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas

Contours of femininity: Reflections on the borders between the aesthetic and the reconstructive in breast plastic surgeries

DOI: https://doi.org/10.4000/aa.5882

Marcelle Schimitt • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

ORCID: 0000-0002-0125-127X
marcelle.schimitt@gmail.com

Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Desenvolveu a dissertação de mestrado intitulada Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica. Integrante do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida (CNPq/UFRGS).

Fabíola Rohden • Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasil

ORCID: 0000-0003-3355-6841
fabiola.rohden@gmail.com

Professora do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social e do Departamento de Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Pesquisadora do CNPq e do Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Ciências na Vida (CNPq/UFRGS).

Este artigo discute as fronteiras entre o estético e o reparador no contexto das cirurgias plásticas das mamas. Buscamos compreender como estes limites têm se conformado na prática destes procedimentos. Para tanto, partimos de discursos médicos acerca destas intervenções e apresentamos uma discussão mais geral a respeito destas fronteiras por meio de um breve histórico das cirurgias plásticas e do contexto brasileiro em relação à especialidade. O trabalho de campo envolveu a observação de eventos e a realização de entrevistas com profissionais desta área médica, cujos discursos são tomados enquanto prática e efeito do que é performado concretamente. A partir destes enunciados, observamos uma grande centralidade conferida aos seios no que diz respeito a uma diferenciação entre corpos masculinos e femininos e em relação a uma identidade e autoestima das mulheres. Ainda, a maternidade e a "função reprodutiva" são colocadas como uma justificativa para as cirurgias plásticas dos seios serem tomadas como reparadoras em sua maioria. Os limites entre estético e reparador são construídos e sustentados por uma gama muito diversa de contingências e em consonância com padrões de normalidade fortemente perpassados por nossas concepções de gênero, sexualidade, raça e classe que ganham formas particulares de operar no contexto brasileiro.

Cirurgias plásticas. Estética e reparação. Medicalização do corpo feminino. Seios.

This article discusses borders between the aesthetic and the repairing in the context of breast plastic surgery. We seek to understand how these limits have been conformed in the practice of these procedures. To this end, we base our analysis on medical statements, and we present a more general discussion about these borders through a brief history of plastic surgery and the Brazilian context in relation to the specialty. Fieldwork involves observation of events and interviews with professionals in this medical field. In this context, statements are understood as practice and effect of what is concretely performed. From these, we observe a great centrality given to breasts regarding a differentiation between male and female bodies and in relation to women's identity and self-esteem. Still, motherhood and the "reproductive function" are seen as a justification for the plastic surgery of the breasts be mostly understood as repairing. The limits between aesthetic and reconstructive surgery are constructed and sustained by a very diverse series of contingencies and according patterns of normality strongly pervaded by our conceptions of gender, sexuality, race and class that that act in a particular way in the Brazilian context.

Plastic surgery. Aesthetic and reconstructive. Medicalization of the female body. Breasts.

1. Introdução

> (...) não tem como separar estética da reparação. Uma paciente com câncer de mama com 60 anos tirou a mama, tem que fazer a reconstrução, tem que colocar uma mama ali, a gente chama de reconstrutiva porque tu está reconstruindo uma função, que é a mama dela. Mas, objetivamente, o que tem de reconstrução naquilo ali? Que função que tu está reconstruindo naquela paciente? A função de amamentar? Bom, ela tem 65 anos, já tem três filhos, então não é de amamentar. A função sexual? Não, não é essa função. Tu tem 65, 70 anos, já tem três filhos, é viúva, o marido já faleceu. Parece mais reconstrutiva, mas tu vai reconstruir a mama dela por uma questão estética, pra ela viver a vida inteira com a mama, se olhar no espelho, pra ela conseguir botar uma roupa e se sentir bem, pra ela não ter que estar sempre colocando um enchimento. Então, teoricamente, se classificaria como cirurgia reconstrutiva. Mas, claramente, daqui a pouco ela tem um quê muito mais de estético do que reconstrutivo nessa paciente. Diferente de uma paciente de 20 anos, que sempre teve uma hipomástia, uma mama pequeninha, que se sente com menos confiança, daqui a pouco até mais triste, e tu vai colocar uma prótese. Tu só está trabalhando estética nela? Também tem a função reprodutiva. Ela vai ficar mais confiante e tudo. Então a cirurgia plástica tem essa zona cinzenta (...) (Davi, preceptor de residência e cirurgião plástico).

O trecho acima transcrito indica "a zona cinzenta" que caracteriza as fronteiras entre cirurgias estéticas e reparadoras, ao mesmo tempo em que demonstra as profundas marcas de gênero, sexualidade e geração que definem concepções, padrões e práticas de intervenção adotadas neste campo. Embora esta reflexão pudesse abarcar diferentes formas de investimento e transformação corporal, optamos aqui por analisar a centralidade dada aos seios. Partindo da compreensão de que os saberes sobre o corpo são construídos e sustentados por uma gama muito diversa de contingências sociais, políticas, econômicas e em consonância com padrões de normalidade fortemente perpassados por nossas concepções de gênero, sexualidade, raça[1] e classe, o objetivo deste artigo é compreender como os limites entre o estético ou cosmético e o reparador – tomado enquanto domínio da saúde – têm se conformado na prática das cirurgias plásticas das mamas a partir de discursos médicos acerca destas intervenções. Além disso, trazemos também uma discussão mais geral a respeito destas fronteiras por meio de um breve histórico das cirurgias plásticas e do contexto brasileiro em relação à especialidade, a fim de melhor situar nossas reflexões acerca da temática.

A linha que divide cirurgias plásticas estéticas de cirurgias plásticas reconstrutivas ou reparadoras, desde o início, é profundamente generificada (Haiken, 2000). Ao reparar corpos lesionados em combate no contexto da Primeira Guerra Mundial, alcançando grandes progressos no pós-guerra como uma subdisciplina cirúrgica, a cirurgia reconstrutiva era uma prática vinculada à figura de homens

1 Para Heyes (2009), todas as cirurgias plásticas seriam, em alguma medida, étnicas, já que se constroem a partir de padrões de beleza e normalidade amparados em faces e corpos caucasianos. Assim, todos os procedimentos cirúrgicos que se dedicam a um aprimoramento ou mesmo restauração corporal – no âmbito das cirurgias plásticas – auxiliariam na conformação de corpos cada vez mais próximos a um ideal que em muito se aproxima a uma estética branca e ocidental. Ao longo deste artigo não nos deteremos sobre esta temática de maneira mais aprofundada, mas consideramos indispensável ao menos citar tal discussão.

veteranos de guerra, merecedores, e que buscavam reaver a aparência normal de seus corpos. Diferentemente, a cirurgia estética ou cosmética tem sido mais amplamente atrelada a uma busca das mulheres em atingir ideais de beleza, no sentido de aprimoramento e melhoramento do corpo (Haiken, 2000).

Edmonds (2009), contudo, propõe que essas mesmas noções culturais de vaidade e feminilidade contribuíram para uma visão da cirurgia estética como uma prática de higiene ou autocuidado, de modo a embaralhar as fronteiras entre cura e cosmética, trazendo a beleza para cada vez próximo de uma dimensão integral da saúde. Com base nas abordagens de Haiken (2000), Naugler (2009a; 2009b), Gilman (2001), Edmonds (2009) e Jarrín (2017), voltamos nosso olhar não para as relações mais gerais entre e o consumo das cirurgias plásticas, sejam elas estéticas ou reparadoras, mas precisamente para como gênero e sexualidade atuam na conformação dos limites entre o domínio da saúde e da estética nos procedimentos relativos às mamas.

Este artigo tem como base a dissertação de mestrado intitulada *Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica* (Schimitt, 2017), cujo objetivo mais abrangente era o de melhor compreender as fronteiras entre estética e reparação a partir de diferentes procedimentos. O trabalho de campo envolveu prioritariamente a observação de eventos e a realização de entrevistas com profissionais desta área médica. A pesquisa teve início em abril de 2016, quando soubemos, por indicação de uma colega, que haveria o Curso de Cirurgia Plástica Reconstrutiva organizado pela Liga de Cirurgia Plástica de uma conceituada universidade de Porto Alegre/RS na primeira semana do mês seguinte. Imaginamos que seria uma oportunidade de nos aproximarmos de discussões de cunho mais acadêmico e técnico acerca da especialidade médica, o que poderia auxiliar na compreensão mais situada de alguns temas que já vínhamos pesquisando. Assim, entre os meses de maio a novembro daquele mesmo ano, acompanhamos eventos promovidos por duas Ligas Universitárias de universidades localizadas na capital.

As Ligas Acadêmicas caracterizam-se por serem entidades compostas essencialmente por estudantes, têm como objetivo comum tratar de temas de uma dada especialidade da medicina, e baseiam-se nos arcabouços acadêmicos de ensino, pesquisa e extensão. Estes eventos, aulas e palestras ministradas por chefes de serviço, preceptoras(es) e cirurgiãs(ões) titulares, se referiam às mais variadas temáticas. Ao final dessas aulas, sempre que houve a oportunidade, conversamos rapidamente com médicos e médicas a fim de conhecê-los(as), explicar brevemente a pesquisa e convidá-los(as) para uma conversa mais aprofundada em outra oportunidade.

Foi então por meio dos eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgia Plástica que conhecemos boa parte das(os) cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas de medicina com as(os) quais realizamos as entrevistas que compõem este trabalho, bem como por indicação daquelas(es) que já haviam concedido outras entrevistas. Ao todo, participamos de cinco eventos promovidos pelas Ligas de Cirurgias Plástica de duas universidades de Porto Alegre e entrevistamos 17 pro-

fissionais[2]. Duas graduandas em medicina participantes das Ligas de Cirurgia Plástica, três cirurgiões chefes dos serviços de cirurgia plástica de hospitais de Porto Alegre, seis residentes em cirurgia plástica (quatro mulheres e dois homens), três preceptores de residências médicas, dois cirurgiões plásticos sem cargos de chefia e uma psiquiatra que estuda as relações entre bem-estar e cirurgias plásticas. Todos os entrevistados, com exceção de um cirurgião plástico, atuavam como profissionais do Sistema Único de Saúde, além de atenderem a partir de seus consultórios privados

2 Os nomes de todas(os) as(os) profissionais e estudantes entrevistadas(os) foram modificados, e a designação das universidades e hospitais não serão identificadas, a fim de preservar a confidencialidade dos dados.

Em termos de perspectiva teórico-metodológica, propomos uma abordagem dos discursos dos médicos e médicas entrevistados(as) como prática e efeito do que é performado concretamente, como o que é sugerido por Barad (2003). Antes de serem tratados enquanto meras enunciações que representam ou tratam sobre uma dada realidade, os discursos médicos são tomados, no âmbito deste artigo, enquanto práticas discursivo-materiais. Para tanto, partimos do que é sugerido pela autora (2003) no artigo *"Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter"*:

> Discurso não é sinônimo de linguagem. O discurso não se refere a sistemas linguísticos, gramáticas, atos de fala ou conversas. Pensar no discurso como meras palavras faladas ou escritas, formando afirmações descritivas, é encenar o erro do pensamento representacionalista. Discurso não é o que é dito; é o que constrange e capacita o que pode ser dito. As práticas discursivas definem o que conta como declarações significativas. Declarações não são meras declarações de consciência originária de um sujeito unificado; em vez disso, afirmações e assuntos emergem de um campo de possibilidades. Este campo de possibilidades não é estático ou singular, mas sim uma dinâmica e uma multiplicidade contingente (Barad, 2003, p. 819) (tradução nossa)[3].

Para Barad (2003), é necessário que desloquemos o eixo de nossas discussões dos conceitos linguísticos para as práticas discursivas. Desse modo, inspirada pelas proposições do físico dinamarquês Niels Bohr (1885-1962), sugere que "conceitos" e "coisas" não possuem limites, propriedades ou significados separados de suas intra-ações. Estas últimas, diferentemente da noção de interação (*interaction*) que pressuporia as entidades enquanto preexistentes independentemente, figurariam uma modificação conceitual bastante densa. Seria por meio das intra-ações que os limites e as propriedades se determinariam e os conceitos incorporados se tornariam significativos.

Partimos então da compreensão de que, ao discorrermos acerca de expressões enunciativas referentes aos limites entre estético e reparador no contexto das cirurgias plásticas, estamos tratando de práticas discursivas que só se conformam a partir deste fenômeno em específico. Assim, o que é proferido por cirurgiãs(ões) plásticas(os), residentes e graduandas(os) abarca tanto o discurso quanto as práticas e as materialidades, de maneira que performa, de diferentes modos, os limites

3 Citação original: "Discourse is not a synonym for language. Discourse does not refer to linguistic or signifying systems, grammars, speech acts, or conversations. To think of discourse as mere spoken or written words forming descriptive statements is to enact the mistake of representationalist thinking. Discourse is not what is said; it is that which constrains and enables what can be said. Discursive practices define what counts as meaningful statements. Statements are not the mere utterances of originating consciousness of a unified subject; rather, statements and subjects emerge from a field of possibilities. This field of possibilities is not static or singular but rather is a dynamics and contingent multiplicity" (Barad, 2003, p. 819).

e as fronteiras que abordaremos no decorrer deste trabalho.

Na sequência, traremos os depoimentos dos(as) médicos(as) interlocutores(as) desta pesquisa, para, em seguida, apresentar argumentos que ajudam a problematizar a distinção entre estética e reparação.

2. Os seios como medida do feminino

> Uma menina adolescente que não tem mama nenhuma e coloca uma prótese, floresce. Ou que tem uma mama muito assimétrica, muito caída, muito feia. Nunca teve um namorado na vida, daí ela faz a cirurgia e dois meses depois vem o pai dela agradecer. Quer dizer, é diferente de tirar uma vesícula ou operar um joelho, né?! Nesse sentido, tem uma abrangência muito maior em termos de uma pessoa se sentir poderosa. Às vezes tu pega uma estudante de direito (...) e tem aquele corpo pueril, aí tu coloca a prótese e ela vira "a" doutora advogada. Então a gente vê a transformação (Paulo, chefe de cirurgia plástica de um grande hospital e professor universitário).

No final do século XX, o Brasil ficou reconhecido pelo grande contingente de adolescentes que realizavam cirurgias plásticas de redução dos seios, a mamoplastia redutora (Yalom, 1997; Gilman, 2001). Este procedimento, muitas vezes dado como presente de aniversário de quinze anos para meninas de famílias de classe média, estaria de alguma forma associado à intenção de recuperar uma estética não racializada, já que os seios grandes seriam associados a mulheres negras de baixa renda. Seja para aumentar, seja para diminuir, as cirurgias plásticas realizadas nos seios parecem carregar consigo o propósito de normalizar o corpo levando em consideração não apenas idade, gênero e classe social, mas também aspectos relativos à raça e etnia. É possível dizer que "ser mulher" está fortemente relacionado ao seio, o qual deve se enquadrar dentro de um formato, cor, tamanho e firmeza. Nas palavras de Paulo, as próteses têm o poder de fazer uma adolescente com mamas pequenas "florescer", no sentido de "desenvolvê-la", torná-la o que, como mulher, ela deveria ser.

O papel dos seios nos contornos da feminilidade foi profundamente enfatizado em uma das aulas promovidas pela Liga de Cirurgia Plástica de um grande hospital de Porto Alegre, cujo tema era "Procedimentos estéticos da mama". A despeito dessa designação, ao iniciar a sua explanação, Bruna, cirurgiã plástica recém-formada, apontou, assim como vários outros cirurgiões e cirurgiãs em diferentes ocasiões, a indissociabilidade da natureza reparadora e estética dos procedimentos, sobretudo no que diz respeito às cirurgias plásticas das mamas femininas. A impossibilidade de separação entre o domínio da saúde e da cosmética, segundo Bruna, se justifica pelo fato de os seios serem uma característica corporal que denota a feminilidade e a capacidade da mulher de nutrir possíveis descendentes.

Mesmo sendo, por vezes, referidas como procedimentos estéticos, as mamoplastias são reiteradamente legitimadas como um tratamento médico por meio de um argumento que engloba a centralidade dos seios não apenas para as mulheres,

mas também para o sucesso das relações que elas estabelecem com possíveis parceiros e filhos. Ao longo da aula, Bruna sugeriu que os procedimentos que envolvem as mamas afetam, de maneira intensa, a postura das pacientes que os realizam, explicando que isso se dá tanto em termos denotativos quanto conotativos, visto que é possível perceber modificações na posição da coluna dessas pacientes, assim como transformações nos comportamentos e atitudes relativas à interação social.

Após uma breve introdução sobre as técnicas cirúrgicas sobre as quais versaria ao decorrer da aula, a cirurgiã plástica mencionou alguns pontos relativos ao histórico das cirurgias mamárias[4], bem como a variedade de substâncias utilizadas ao longo dos anos para o preenchimento das mamas – parafina, geleia de petróleo, cera de abelha, silicone líquido, hidrogel, bolas de vidro, borracha, marfim e esponjas de diferentes materiais. Segundo Bruna, atualmente, as próteses utilizadas pela grande maioria das marcas são de preenchimento mais coeso, de maneira que, mesmo que haja rompimento da cápsula, o conteúdo não se espalha para o restante do corpo, evitando possíveis complicações.

O interior da prótese é composto por um gel de silicone espesso e multidelaminado, e a superfície é texturizada, com o intuito de deslizar menos e contribuir para que o implante repouse sobre o local colocado originalmente. Além dos inúmeros tamanhos de próteses existentes – os formatos e perfis são variados: alto, superalto e anatômico –, elas podem ser colocadas em diferentes locais: subglandular (logo atrás das glândulas mamárias), submuscular (logo após o músculo peitoral) e no plano subfacial (entre a face do músculo peitoral e o músculo em si). Esta última técnica, apesar de nova, seria a que proporcionaria maior estabilidade à prótese.

A aula de Bruna nos levou a refletir sobre a imensa gama de tecnologias atualmente disponíveis para o aprimoramento dos seios femininos. Segundo a cirurgiã, há uma imensidão de estudos sobre quais seriam as melhores técnicas e materiais para se alcançar determinada forma das mamas. Ou seja, existe uma preocupação intensa dos profissionais e também da indústria em oferecer cada vez mais possibilidades que garantam às mulheres a adesão a esses procedimentos e um resultado cada vez mais próximo do que seria considerado o ideal. Neste contexto, apesar das mamoplastias de aumento serem em grande medida classificadas como estéticas, a justificativa da feminilidade abrandaria um estigma de futilidade ou insignificância muitas vezes conferido a elas.

Há inúmeros fatores que auxiliam na conformação destas cirurgias enquanto mais ou menos próximas de uma natureza reparadora, que se conformaria em relação a uma instituição de normalidade atrelada a essa parte do corpo. Dentre eles, o entendimento de que, na mulher, os seios devam ter um volume que a diferencia do corpo masculino. Assim, se o tamanho das mamas não condiz com a diferença esperada, certamente haveria uma indicação cirúrgica.

Se, no ano de 2018, a cirurgia plástica estética mais realizada por mulheres foi a mamoplastia de aumento, totalizando 1.841.098 procedimentos; entre os homens, a cirurgia mais popular foi a ginecomastia, também conhecida como

4 Dois fatos históricos foram rememorados de maneira mais aprofundada: 1) Timmie Jean Lindsey foi a primeira mulher a receber um implante de silicone, que, até então, só havia sido testado em animais. Operada por Frank Gerow e Thomas Cronin, em 1962, a cirurgia foi considerada um sucesso para os padrões da época. 2) O “Escândalo PIP”, ocorrido em 2010, em que a empresa fabricante de implantes Poly Implant Prothese (PIP) teve suas atividades suspensas na França por conta da descoberta de que as próteses fabricadas continham silicone industrial – não liberado para uso médico – em sua formulação. No ano seguinte, o caso obteve repercussão internacional por motivo do governo francês aconselhar uma cirurgia de remoção dos implantes para todas as mulheres que possuíssem um exemplar da marca.

redução de mamas, 269.720 no total[5]. Isto é, o tamanho do seio parece ser um forte indicador corporal não apenas da feminilidade, mas também da masculinidade, constituindo-se como um poderoso demarcador corporal das diferenciações entre os gêneros. Segundo Antonio (2012), o procedimento que visa diminuir o volume mamário é revelador do fato de que uma mesma intervenção cirúrgica – redução das mamas – é alocada em categorias diferenciadas tanto por leigos(as) quanto por médicos(as), se operadas em homens ou mulheres. Ou seja, a redução do volume mamário em homens, na grande maioria dos casos, é tida como uma cirurgia plástica reparadora, ao mesmo tempo em que a diminuição das mamas em mulheres nem sempre é situada nessa mesma categoria, já que parece estar enredada em uma trama muito mais complexa de fatores como idade, raça, estado civil, entre outros, como já mencionados.

5 Fonte: International Survey on Aesthetic/Cosmetic Surgery. ISAPS 2018. Disponível em: https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results--2018-new.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

Segundo Edmonds (2017), no contexto brasileiro, para muitas mulheres, a cirurgia plástica é um passo natural, apenas mais uma intervenção médica, entre tantas outras pelas quais já se submeteram, a exemplo das cesarianas e ligaduras tubárias. Assim, procedimentos cirúrgicos invasivos são naturalizados como uma inevitável circunstância da vida das mulheres. Além disso, o autor observou a existência de um forte vínculo entre processos como dar à luz e amamentar e discursos que reiteram a necessidade de reparos corporais dos "danos" ocasionados por eles.

As cirurgias plásticas teriam como finalidade também reconstruir corpos modificados pela maternidade, e, por isso, passam a ser vistas enquanto autocuidado e preservação da saúde e higiene. Há séculos, a maternidade tem sido central nos discursos e práticas que vêm a definir os papéis possíveis para as mulheres em âmbitos público e privado. Atualmente, ela passa a justificar não apenas intervenções médicas a fim de preparar o corpo feminino para a gestação, nutrição e criação dos filhos, como também aquelas que objetivam sanar as mudanças corporais provocadas por elas.

Paulo, cirurgião plástico e professor universitário, também destacou a importância das cirurgias plásticas no processo de regate da autoestima após a maternidade. Nessa perspectiva, os seios aparecem como núcleo em volta do qual orbitam as preocupações de reparação e aprimoramento corporal dos corpos femininos:

> (...) mesmo uma pessoa que não tenha uma grande deformidade no corpo, ou tenha, por exemplo, pouca mama. Ela vai comprar um biquíni no verão, baixa três prateleiras de biquíni na loja e não consegue achar nenhum bom, né?! A pessoa vai para casa cabisbaixa, não vai à praia. Então, de novo, além da autoestima, isso tira a capacidade funcional. A mãe tem dois, três filhos, tá com a barriga detonada, marido vai pra praia com as crianças e ela fica de maiô preto e uma canga cobrindo o corpo inteiro. Aí tem a capacidade funcional, autoestima e qualidade de vida (Paulo).

Além da maternidade, a compreensão de saúde que parece conglobar aspectos "psicológicos", "sociais" e "biológicos" e que emerge como aquilo que explicaria

a constituição de fronteiras tão instáveis no que tange a esses procedimentos se fez presente de forma densa nos enunciados médicos acerca desse tema. Como já mencionado anteriormente neste trabalho, autoestima, qualidade de vida e bem-estar parecem figurar como aquilo que cimentaria uma fusão entre estético e reparador. A noção de uma saúde integral, então, manifesta-se como ponto de encontro onde os discursos médicos se reúnem de maneira mais ou menos coesa. Ou seja, é a partir de um entendimento mais geral de que a saúde se trata de "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades"[6] (World Health Organization, 2014, p. 1) que se constroem boa parte dos enunciados a respeito da indissociabilidade entre estético e reparador. O que diz respeito a noções/práticas de normalidade, funcionalidade e proporcionalidade não apenas se relaciona de forma íntima ao que foi recentemente mencionado, como também se confunde e se entrelaça.

6 Citação original: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (World Health Organization, 2014, p. 1).

Bruna, Davi e Paulo não foram os únicos a enfatizar a estreita relação, ou até mesmo interdependência, das mamas com uma feminilidade esperada das mulheres. Ao tratar sobre a forma como as intervenções cirúrgicas se relacionam ao ganho em qualidade de vida, Vitor, chefe do Programa de Residência Médica de uma universidade da cidade de Porto Alegre, também sublinhou o forte vínculo entre os seios e uma identidade feminina:

> A gente cansa de ver meninas que chegam assim, fechadas, tímidas porque não têm quase nada de seio e aquilo incomoda elas. Porque o seio tem uma representação muito importante na feminilidade. Para algumas pessoas não incomoda, para outras incomoda muito. Então a gente vê muito no pós-operatório a paciente chegar completamente diferente, se sentindo melhor. Tu vê que ela tá mais segura. Isso é totalmente impossível de rotular como estético, é muito mais do que deixar mais bonito, é muito mais do que isso (Vitor).

Se os limites entre estético e reparador se mostram diluídos no discurso do cirurgião, as reverberações destes procedimentos também. Ou seja, para Vitor, os impactos de uma cirurgia plástica não se concentram apenas em modificações corporais, mas são experienciados pelas pacientes também no nível da subjetividade. Assim, a própria separação entre mente e corpo é desestabilizada se forem levados em consideração os efeitos mais abrangentes desses procedimentos. A partir de noções como qualidade de vida, autoestima e bem-estar, é possível perceber que algumas das demarcações que estabelecem as diferenças entre o que seria da ordem material e imaterial acabam por se desfazer. É então a partir dessas categorias que são explicadas as repercussões mais extensivas e englobantes das cirurgias plásticas na vida dos indivíduos.

Conforme Gilman (2001), até o final da Segunda Guerra Mundial, os seios considerados demasiadamente pequenos não consistiam em um problema médico significativo, já que largamente se tinha como referência de modernidade mamas pequenas, em contraposição aos seios fartos – referência a um corpo primitivo e

racializado. Após esse período, presenciamos o início de uma mudança que parece ainda hoje perdurar. Já na década de 1950, nos Estados Unidos, começa a haver um esforço conjunto no sentido de "curar" o que seria agora entendido enquanto doença: os seios muito pequenos, que causariam não apenas sofrimento psicológico, mas também físico. A discussão apresentada pelo autor em *Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery* (2001), se relaciona intimamente ao que boa parte dos profissionais entrevistados mencionaram: a importância medular dos seios na construção de uma dita "feminilidade", que tem como consequência a produção de uma insatisfação aguda daquelas que fogem a um padrão mais geral esperado.

Dessa forma, os implantes passam a ser entendidos como a "cura" para doenças causadas pela infelicidade daquelas que não teriam os seios de acordo com tal modelo (Gilman, 2001). A premissa de que os seios constituem papel fundamental para o bem-estar psicológico das mulheres não é algo novo, mas parece ganhar ainda mais força nos discursos atuais acerca dos benefícios das cirurgias plásticas para a qualidade de vida e autoestima das mulheres. É necessário transparecer por fora a mulher que se é, verdadeiramente, por dentro.

Enrico, que além de ser preceptor do programa de residência médica em cirurgia plástica também exerce um cargo de destaque na Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, quando questionado por nós sobre o que pensava a respeito da amplitude desses procedimentos e como eles se relacionavam às classificações de aprimoramento, por um lado, e de reparação da saúde por outro, apontou o seguinte:

> Eu até já dei aula sobre isso, não existe limites entre o que é reparador e o que é estético. Vou te dar um exemplo: uma pessoa que não tem mama, perdeu uma mama por um câncer e foi mastectomizada e tirou uma mama. Ela precisava fazer uma reconstrução de mama. Isso, tu acha que é estético ou reparador? Reparador, porque ela não tem a mama e gostaria. Mas ela não tem nenhuma doença, ela tá bem, já fez a sua rádio, sua quimio, sua cirurgia. Ela tá tranquila, tá bem. Mas ela precisa fazer essa cirurgia, ela não precisaria pra vida dela, mas ela gostaria de fazer essa cirurgia do ponto de vista estético para aumentar a autoestima dela. (...) então, o limite entre a reparadora e a estética, não existe um divisor de águas nisso. O limite é impreciso (Enrico).

Tanto para Enrico como para Davi, cujo depoimento introduz este artigo, a diferença entre o que seria a reparação ou reconstrução do corpo, mais urgente e necessária para conferir ou devolver o estado normal de saúde, e a estética, mais prescindível e secundária, não se concentraria no procedimento em si – a colocação de próteses de silicone –, mas na paciente ou na conjunção de diferentes variáveis relativas àquele corpo, idade, estado civil – casada, viúva ou solteira –, maternidade. Ao levarmos a sério o que Davi e Enrico afirmam, de modo algum temos a intenção de relativizar as distâncias e diferenças entre o que seria do domínio da saúde e o que seria do domínio do embelezamento ou aprimoramento

corporal. Diferentemente, propomos que, no âmbito das cirurgias plásticas, e especificamente no campo estudado, os procedimentos, os profissionais e as pacientes, assim como aspectos econômicos, sociais e políticos mais amplos, moldam, na prática, através de diferentes negociações, os limites entre o estético e o reparador.

Ao analisar os discursos médicos sobre as cirurgias plásticas das mamas, sublinhamos alguns pontos que se destacaram e que parecem guiar boa parte das narrativas acerca dessa temática: 1) a centralidade dos seios para a identidade e autoestima feminina; 2) a "função reprodutiva" dos seios não se encerra na amamentação, mas vem antes desta, ao ter como objetivo atrair um possível parceiro; 3) os "danos" corporais produzidos pela maternidade são tidos como uma justificativa para as cirurgias plásticas dos seios serem tomadas como reparadoras, em sua maioria; 4) os seios, seu formato e tamanho, são centrais para uma diferenciação dos corpos masculinos e femininos. Em especial, esta última observação ganha sustentação a partir do trabalho de Liliane Brum Ribeiro (2006) a respeito das cirurgias plásticas enquanto um processo medicalizado de construção das diferenças de gênero.

Finalmente, se "o discurso não é o que é dito, mas o que constrange e capacita o que pode ser dito" e se "afirmações e assuntos emergem de um campo de possibilidades" que "não é estático ou singular, mas sim uma dinâmica e uma multiplicidade contingente" (Barad, 2003, p. 819), podemos tomar os argumentos médicos a respeito das fronteiras entre o estético e o reparador nas cirurgias das mamas como muito mais do que uma mera representação da realidade, abrindo-se espaço para a reivindicação destas "compreensões" de feminilidade, corpo e normalidade para o domínio da prática e daquilo que é aceito enquanto realidade legítima. O seio como âmago, centro ou coração do qual vertem as funções e competências do feminino, já há muito tempo, não é simples representação. Ele é também matéria plástica que assume diferentes realidades ao longo dos tempos e lugares, e toma forma a partir de intervenções, cirúrgicas e de outras naturezas, declarando ou silenciando possibilidades de existência das mulheres.

3. Entre a estética e a reparação: "uma zona cinzenta"

No século XVIII, o filósofo alemão Alexander Baumgarten utilizou o termo "Estética" para se referir à perfeição do conhecimento sensível, sublinhando assim uma separação entre o belo e o útil, e diferenciando-a da noção mais corrente inicialmente proposta por Platão, na qual o belo tinha como propósito guiar o homem para a perfeição moral. Hoje, todavia, assistimos a novas formas de entrelaçamento entre o belo, o bem e o útil diferentes daquelas propostas por Platão, mas talvez mais distantes ainda das premissas de Baumgarten. Quando tratamos de corpo, aprimoramentos, saúde e estética, especialmente no contexto brasileiro das cirurgias plásticas, parece haver um enredamento profundo que perpassa não somente os corpos em que são realizados os procedimentos, mas também os profissionais, a forma como se organiza a saúde pública, concepções acerca de funcionalidade, gênero, faixa etária, entre tantas outras.

As cirurgias plásticas são hoje largamente associadas a procedimentos de cunho estético e ao aprimoramento corporal, distanciando-se de uma compreensão de medicina que trata tão somente de enfermos e da preservação da vida. Contudo, historicamente essa especialidade médica está intimamente relacionada a uma medicina que poderia ser entendida enquanto "humanitária". Em decorrência da epidemia de sífilis, os procedimentos que hoje conhecemos como cirurgias plásticas, segundo Gilman (2001), cresceram exponencialmente durante o final do século XVI. O objetivo dessas operações – chamadas de *chirurgia decoratoria* – era a reconstrução do nariz de sifilíticos a fim de tornar os danos decorrentes da doença menos visíveis.

É já nos séculos XIX e XX, com a Guerra da Criméia (1853-1856) e a Primeira (1914-1918) e a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), que houve um grande incremento das técnicas relativas à cirurgia plástica. Devido ao imenso número de vítimas com rostos e corpos mutilados e queimados, os métodos de reconstrução passaram a ser cada vez mais individualizados. Desse modo, a especialidade começa a se afastar da fama que a associava apenas a males relacionados à sífilis e passa a representar uma área da medicina que trata daqueles que servem à nação, tornando-se, pouco a pouco, respeitável, em termos de profissão, pela sociedade.

Em meados do século XX começam a emergir os procedimentos entendidos como de cunho estético ou cosmético, o que produz uma remodelação do campo da cirurgia plástica (Davis, 1995). Se antes as cirurgias visavam preponderantemente mitigar deformidades decorrentes de doenças ou malformações, após a segunda metade do século passado, os procedimentos tornam-se uma forma, também, de aprimoramento estético. Ou seja, segundo Davis (1995), a partir daquele momento, corpos "saudáveis" passam também a ser matéria-prima para as cirurgias plásticas.

Contudo, se as cirurgias plásticas estéticas se configuram como procedimentos que visam aprimorar corpos não doentes, e as cirurgias reparadoras aquelas que se voltam a reconstituir a normalidade, funcionalidade e saúde, e se levamos em consideração aspectos sociais e psicológicos, tomando a saúde de maneira mais integral, boa parte das cirurgias plásticas, em certo sentido, podem também ser compreendidas enquanto reparadoras. Estamos, certamente, simplificando o argumento que subjaz a perspectiva mais geral que observamos ao longo da pesquisa. Mas, em boa medida, os discursos médicos a que tivemos acesso caminham na direção do exposto acima.

A definição de saúde promulgada pela OMS – "estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades" (1946) – parece guiar o entendimento de cirurgiãs e cirurgiões plásticos acerca da temática e caracteriza-se como um dos eixos a partir do qual é possível traçar compreensões acerca dos limites entre reparador e estético. Tal concepção embasa grande parte dos entendimentos dos profissionais com quem conversamos em relação ao tópico, conglobando o que usualmente é entendido de maneira desassociada: o orgânico/físico, psicológico/subjetivo e o social.

Em relação a isso, é possível ainda observar que ideais como autoestima, qua-

lidade de vida e bem-estar emergem como possíveis integradores desses domínios da saúde, de modo que são cruciais para um entendimento mais situado acerca do tema. Sugerimos, na mesma linha do que é proposto por Edmonds (2010) e Jarrín (2017), que, no contexto brasileiro, uma noção de saúde como algo integral, qualidade de vida, autoestima e bem-estar, normalidade, proporcionalidade e funcionalidade, em boa medida, apontam para como o corpo "deveria ser", relacionando-se de maneira muito específica a uma concepção mais geral de regularidade.

Para Edmonds (2009), a cirurgia plástica, principalmente no contexto brasileiro, é tida como uma forma de cura não para o corpo envelhecido ou feio, mas para uma mente em sofrimento. Sendo assim, pode facilmente transmutar-se em uma necessidade médica digna de fundos públicos, ou seja, ofertada pelo Sistema Único de Saúde. Conforme o autor, potenciais conflitos entre racionalidades médicas e estéticas foram parcialmente dissolvidos pela capacidade das cirurgias plásticas de curar, assim como pelas constantes redefinições do que significa saúde. Edmonds (2009) sugere que essa visão da cirurgia estética não é apenas discursiva, já que, ao ter acesso ao exercício clínico e às experiências de pacientes, observou que a beleza é também transformada em uma forma possível de saúde na prática. De modo muito semelhante à perspectiva do autor (2009), entendemos que o estético e o reparador não são apenas recortes discursivos, no sentido mais estrito do termo, mas se conformam na prática dos procedimentos, assim como a partir de enunciados, políticas, contingências econômicas, etc.

O Brasil tem se destacado já há algum tempo no campo das cirurgias plásticas, fato que se deve, em grande medida, a fatores como o alto número de cirurgiãs e cirurgiões plásticos no país, a figura icônica de Ivo Pitanguy – cirurgião plástico brasileiro conhecido mundialmente – e a oferta de cirurgias plásticas gratuitas via Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 2018, foram realizadas 1.498.327 cirurgias estéticas ou cosméticas no país, superando em números os procedimentos de mesma natureza efetuados nos Estados Unidos, 1.492.383. E, do total de cirurgias plásticas realizadas no Brasil, 275.283 (18,4%) foram mamoplastias de aumento. Juntos, os dois países representam 28,4% do total dos procedimentos estéticos, cirúrgicos e não cirúrgicos, realizados no mundo.

Estes dados são relativos ao *survey* realizado anualmente pela Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética (*Internacional Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS*), de modo que não apresenta dados sobre procedimentos de cunho reparador ou reconstrutivo. Diferentemente dos Estados Unidos, no Brasil não há uma separação institucional para os procedimentos, ou seja, há apenas a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, que agrega dados relativos tanto às cirurgias plásticas estéticas quanto às reparadoras. Apesar de não nos dedicarmos a discorrer de forma aprofundada sobre questões de natureza mais política e institucional ao longo deste texto, é importante sublinhar que essa não separação institucional parece estar fortemente relacionada à aproximação e, por vezes, a uma não divisão, entre aquilo é relativo ao cosmético e o que diz respeito à saúde.

Ao nos debruçarmos especificamente sobre como têm se conformado o estético e o reparador no contexto das cirurgias plásticas no Brasil, de alguma maneira,

mesmo que de forma transversal, estamos voltando nosso olhar também para as moralidades que auxiliam na conformação de quem tem acesso à saúde pública e de que forma ele ocorre. É necessário enfatizar que este artigo não trata direta ou especificamente dos procedimentos realizados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, os discursos os quais analisamos provêm de profissionais que atuam, principalmente, na saúde pública. Isto é, suas concepções acerca de feminilidade, saúde e normalidade não apenas conferem o *status* de estético ou reparador para determinado procedimento, como também balizam o modo como os(as) pacientes têm acesso às cirurgias plásticas em questão e quais corpos são mais ou menos merecedores. É também importante salientar que as definições dos limites entre estético e reparador, para além de conformarem cirurgias como mais ou menos necessárias – baseados em padrões de gênero, normalidade e saúde – também auxiliam na constituição destes últimos ao hierarquizar, na prática, corpos e procedimentos.

Existem leis que garantem a oferta de cirurgias plásticas pelo Sistema Único de Saúde, a exemplo da Lei nº 9.797, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora da mama em casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer, ou da Lei 13.239/15, que discorre sobre a oferta e a realização, no âmbito do SUS, de cirurgia plástica reparadora de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. Seja nos veículos de informação oficiais do governo, seja nos discursos médicos, continuamente se repete a máxima de que o Sistema de Saúde Público oferta somente cirurgias plásticas reparadoras. Entretanto, cabe perguntar o que configuraria o "reparador" neste contexto.

Conforme o Ministério da Saúde brasileiro, "diferentemente da cirurgia plástica estética, a cirurgia plástica reparadora tem como objetivo corrigir deformidades" e, assim, "as cirurgias plásticas reparadoras procuram aprimorar ou recuperar as funções, e ainda restabelecer a forma mais próxima possível do normal"[7]. Isto é, a reparação se constrói em relação a um ideal de normalidade, e, poderíamos dizer, de concepções sobre como o corpo *deveria ser*. A cirurgia plástica reparadora, neste contexto, também se conforma por meio da oposição à cirurgia estética, ou seja, é reparadora porque não é estética.

Em 16 de maio de 2001, através da Resolução nº 1.621/2001[8], o Conselho Federal de Medicina se posicionou sobre a indivisibilidade da cirurgia plástica no país. Conforme o art. 1º, "a Cirurgia Plástica é especialidade única, indivisível e como tal deve ser exercida por médicos devidamente qualificados, utilizando técnicas habituais reconhecidas cientificamente". Ou seja, sugere-se que não há diferenciação explícita entre cirurgias plásticas estéticas e reparadoras. Ainda, o artigo 2º da mesma Resolução traz que "o tratamento pela Cirurgia Plástica constitui ato médico cuja finalidade é trazer benefício à saúde do paciente, seja física, psicológica ou social". A Resolução considera que "(...) a Cirurgia Plástica visa tratar doenças e deformidades anatômicas, congênitas, adquiridas, traumáticas, degenerativas e oncológicas, bem como de suas consequências, objetivando beneficiar os pacientes visando seu equilíbrio biopsicossocial e consequente melhoria sobre a sua qualidade de vida". Em síntese, tal regulamentação da especialidade nos sugere

7 Fonte: https://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/cirurgia-plastica-reparadora. Acesso em: 20 fev. 2020.

8 Fonte: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1621. Acesso em: 20 fev. 2020.

um caráter indivisível, bem como a sua íntima relação com um entendimento de saúde que abarca não apenas questões "físicas", mas também aquelas de natureza "psicológica" e "social".

Edmonds e Sanabria (2016), ao abordarem as cirurgias plásticas e terapias hormonais como práticas em que os domínios da saúde e do aprimoramento se confundem, sugerem que, no contexto brasileiro, estas tecnologias costumam ser apresentadas como uma maneira de gerenciar a saúde reprodutiva, sexual e psicológica das mulheres. Afirmam que "alguns médicos e pacientes brasileiros consideram essas duas terapias um meio cotidiano de cuidar-se, sugerindo que nem sempre elas são, localmente, consideradas uma prática de "melhoramento" (2016, p. 195). Os limites e tensões entre o que pode ser considerado como a busca por uma "vida saudável" ou por uma "vida aprimorada", envolvendo recursos cirúrgicos e hormonais, têm merecido a atenção das(os) pesquisadoras(es) (Rohden, 2017). De qualquer forma, seja como aprimoramento ou como cuidado da saúde, as cirurgias plásticas têm sido amplamente estudadas enquanto práticas de normalização dos corpos, a partir de uma ótica foucaultiana.

Segundo Naugler (2009), qualquer decisão de alterar ou modificar o corpo é realizada em referência aos discursos normalizadores mais amplos de feminilidade e gênero. No entanto, o foco da crítica feminista nos procedimentos cosméticos, como o aumento dos seios, abafou uma possível discussão acerca das fronteiras entre o reparador e o estético. São nesses limites, segundo a autora, que se situam certas normas de gênero que nos possibilitam entender como e para quem são ofertados estes procedimentos e as políticas a eles subjacentes, já que a divisão conceitual entre estético e reparador é fundamentada na dinâmica de financiamento e acesso, o que se aplica especialmente no caso da saúde pública brasileira.

Ao tratar sobre as cirurgias de redução de mamas, Naugler (2009) apresenta reflexões sobre como vem se desenhando tais fronteiras e de que forma elas têm sido utilizadas; e também aponta a ausência, até então, de discussões que tratem deste tema através de uma perspectiva feminista. Uma vez que o "reparador" se caracteriza por procedimentos realizados em estruturas anormais do corpo, causadas por defeitos congênitos, traumas, tumores e outras doenças, e o estético pela remodelação de estruturas anatômicas saudáveis, cuja aparência está dentro de uma faixa de variação normal, ao tratar sobre tais limites estaríamos, de modo mais amplo, novamente na seara de discussões clássicas da antropologia, tais como "normal e patológico", "saúde e doença".

4. Estabilizações temporárias entre fronteiras: últimas considerações

Alguns estudos importantes têm destacado como, no século XVIII, os seios passaram a ser o centro de controvérsias sobre a humanidade e os sistemas políticos, além de serem relacionados à própria ideia de nação. Para Yalom (1997), foram as democracias ocidentais modernas que inventaram o seio político – especialmente representado pelo seio maternal, associado à regeneração familiar e social. Nesse período, havia um forte componente estético nos escritos médicos

sobre as mulheres. Ao tratarem acerca da beleza da mama na mesma medida em que sublinhavam a sua função nutritiva, os discursos apontavam para a íntima relação entre valores sociais e de saúde. Como epítome da "suavidade feminina", os seios eram centrais para os médicos, que estavam especialmente preocupados com uma ética moral e com o papel ocupacional das mulheres na privacidade da família, que, por sua vez, estava fortemente associada à amamentação, em oposição à vida pública. Assim, os seios simbolizavam não apenas o vínculo entre mãe e filho, mas também a formação das famílias, já que sua estética suscitaria os desejos do homem pela mulher (Jordanova, 1989; Schienbinger, 1998).

A "função reprodutiva", aludida por Davi ao enfatizar a importância da cirurgia plástica de colocação de próteses mamárias na jovem de 20 anos, rapidamente nos remete aos discursos médicos do século XVIII, em que o seio não é apenas crucial para construção de vínculo essencial entre mãe e filho, mas também tem papel central ao seduzir os homens, passo fundamental na construção das famílias. Se os limites entre estético e reparador perfazem uma zona cinzenta e de formas cambiantes, em contraste, a função das mamas femininas e sua estética parecem estar, ainda hoje, muito bem delimitadas. Elas apontam de forma firme, voluptuosa e certeira para a reiteração de uma diferença tida como "natural" entre corpos masculinos e femininos, apesar de muitas vezes ser construída por procedimentos cirúrgicos.

Propomos, com base nos discursos médicos analisados, que uma mesma intervenção cirúrgica pode ser performada de múltiplos modos. Ou seja, materialmente ela assume diferentes variações que se relacionam entre si. Isto é, provisoriamente, podemos propor um entendimento das cirurgias plásticas como algo que extrapola uma mera modificação material do corpo que repercutiria na subjetividade daquela(e) que passa por esses procedimentos. Em vez disso, podemos compreender estas práticas como algo que performa uma realidade material do corpo enquanto múltipla. Nesse sentido, poderíamos nos engajar na tentativa de refletir sobre as cirurgias plásticas e certas padronizações corporais e estéticas em termos de materialização de investimentos ideológicos e não apenas como construção social.

Assim, os limites relativos às intervenções cirúrgicas – aqui entendidos também enquanto práticas discursivo-materiais (nos termos de Barad, 2003) – não são sedimentados. Eles podem não apenas ser desfeitos através de outras intervenções e relações, como também podem ganhar múltiplas formas no decorrer das associações que estabelecem. Ainda, a tentativa de um entendimento das fronteiras entre estético e reparador levando em consideração não apenas aquilo que é pronunciado pelas(os) cirurgiãs(ões) a respeito, mas também dados históricos e os próprios corpos em que estes procedimentos estão sendo performados, não apenas nos levou a uma compreensão mais situada destas fronteiras, como também sublinhou a inseparabilidade destas esferas na conformação do fenômeno das cirurgias plásticas no contexto brasileiro.

Os tópicos abordados neste artigo de formas diversas nos apresentam maneiras a partir das quais podemos produzir estabilizações provisórias acerca dos

limites entre estético e reparador. Apesar de tratarmos dessas fronteiras enquanto algo que se apresenta de maneira fluída e que se conforma a partir de contingências específicas, intentamos também produzir certas decantações a respeito desta temática a fim de refletir não apenas sobre a confusão destes limites, mas, sobretudo, sobre seu caráter produtivo.

Desse modo, gostaríamos de sublinhar alguns pontos que de certa forma sintetizam as discussões apresentadas neste artigo e que nos ajudam no entendimento de como vem sendo instituídas as fronteiras entre estético e reparador no que se refere à ênfase nos seios e à relação com o gênero. 1) Se formos partir de uma divisão mais tradicional, o caráter reparador parece estar atrelado a uma patologia anterior e, assim, a reparação se dá em razão do restabelecimento de certa função. As cirurgias estéticas, por outro lado, seriam aqueles procedimentos cujo objetivo é apenas aprimorar determinadas formas. Contudo, essa delimitação não é estável, já que, em determinados casos, o que confere o caráter reparador é a restauração de uma função, e em outros é o restabelecimento de uma forma objetivando uma maior harmonia e normalidade. 2) Os(as) profissionais são bastante enfáticos(as) ao dizer que aspectos "psicológicos", "emocionais" e "sociais" podem ser profundamente alterados devido a cirurgias plásticas, de forma que categorias como *qualidade de vida e autoestima* passam a ser base explicativa para a conformação de certa fluidez das fronteiras entre estético e reparador. 3) Os seios aparecem como núcleo de uma "feminilidade" esperada do corpo das mulheres, como parte daquilo que as diferencia corporalmente dos homens. A função dessa parte do corpo, segundo os(as) médicos(as) entrevistados(as) – e mesmo aqueles do século XVIII mencionados – é o de estabelecer os vínculos maternos e afetivo-sexuais, dentro de uma lógica heteronormativa de família. 4) Essa funcionalidade dos seios, todavia, ganha forma a partir da idade e do estado civil da paciente, o que nos leva a refletir sobre os modos como uma mesma cirurgia plástica pode ser performada como reparadora ou estética, dependendo do caso. 5) No Brasil, segundo os estudos abordados neste artigo, há um enredamento profundo que perpassa não somente os corpos em que são realizados os procedimentos, mas também os profissionais, a forma como se organiza a saúde pública, concepções acerca de funcionalidade, gênero, faixa etária, entre tantas outras. As cirurgias plásticas, neste contexto, são entendidas como uma forma de cura não apenas para o corpo, mas também para uma mente em sofrimento.

A discussão sobre reparação e estética não é, de maneira alguma, uma novidade apresentada por este trabalho. Várias(os) outras(os) autoras(es) se dedicaram a pensar esta divisão e a forma como ela viabiliza ou não o acesso gratuito a esses procedimentos, por exemplo. Este é, portanto, um objeto que perpassa já há algum tempo as reflexões acerca da temática mais geral das cirurgias plásticas. Se, por um lado, a confusão entre o estético e reparador tem sido abordada a fim de uma compreensão mais específica acerca tanto do sistema público de saúde em nosso país quanto no sentido de melhor compreender as justificativas que levam um procedimento a se localizar em um dos polos ou a se locomover entre

eles; por outro, uma discussão que parte dos limites, do que eles produzem e das formas como conformam os próprios procedimentos e o que vêm a ser as cirurgias plásticas nos parece ainda ausente. Assim, enfatizamos novamente o caráter produtivo destas fronteiras como um caminho possível para um entendimento mais localizado da realidade particular do nosso país no que tange às cirurgias plásticas, ao fazer médico e aos corpos, profundamente marcados pelo gênero e outras diferenças, materializados por esses procedimentos.

Recebido: 13/11/2019
Aprovado: 24/03/2020

Referências

ANTONIO, Andrea Tochio de. *O psicólogo com o bisturi na mão: um estudo antropológico da cirurgia plástica*. São Paulo: Annablume, 2012.

BARAD, Karen. *Posthumanist performativity: toward an understanding of how matter comes to matter.* Signs – Journal of Women in Culture and Society, Chicago, v. 3, n. 28, p. 802-831, 2003.

DAVIS, Kathy. *Reshaping the female body: the dilemma of cosmetic surgery*. New York: Routledge, 1995.

EDMONDS, Alexander. *Learning to love yourself: esthetics, health, and therapeutics in Brazilian plastic surgery*. Ethnos, v. 74, n. 4, p. 465-489, 2009.

EDMONDS, Alexander. *Pretty modern: beauty, sex and plastic surgery in Brazil.* Durham: Duke University Press, 2010.

EDMONDS, Alexander; SANABRIA, Emilia. *Entre saúde e aprimoramento: a engenharia do corpo por meio de cirurgias plásticas e terapias hormonais no Brasil*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 193-210, jan.-mar. 2016.

GILMAN, Sander. Making the body beautiful: a cultural history of aesthetic surgery. Princeton: Princeton University Press, 2001.

HAIKEN, Elizabeth. *The making of the modern face: cosmetic surgery*. Social Research, v. 67, n. 1, p. 81-97, jan.-fev. 2000.

HEYES, Cressida J. *All cosmetic surgery is "ethnic": Asian eyelids, feminist indignation, and the politics of whiteness.* In: HEYES, Cressida J.; JONES, Meredith (Eds.). Cosmetic surgery: a feminist primer. London: Routledge, 2009. p. 191-205.

INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC – ISAPS 2018. Disponível em: https://www.isaps. org/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

JARRÍN, Alvaro. *The biopolitics of beauty: cosmetic citizenship and affective capital in Brazil.* Oakland: University of California Press, 2017.

JORDANOVA, Ludmilla. *Sexual visions: images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth century*. Milwaukee, WI: The University of Wisconsin Press, 1989.

NAUGLER, Diane. *Breast slang and the discourse of femininity*. Atlantis – Critical Studies in Gender, Culture & Social Justice, v. 34, n. 1, p. 100-110, 2009b.

NAUGLER, Diane. *Crossing the cosmetic/reconstructive divide: The instructive situation of breast reduction surgery.* Cosmetic surgery: a feminist primer. Surrey, England: Ashgate Publishing, 2009a. p. 225-238.

ROHDEN, Fabíola. *Vida saudável versus vida aprimorada: tecnologias biomédicas, processos de subjetivação e aprimoramento*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 29-60, 2017.

SCHIENBINGER, Londa. *Mamíferos, primatologia e sexologia*. In: PORTER, Roy; TEICH, Miculas (Orgs.). Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade. São Paulo: Ed. UNESP, 1998. p. 219-246.

SCHIMITT, Marcelle. *Da superfície à carne: as fronteiras entre estético e reparador na formação e atuação no campo da cirurgia plástica.* Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the World Health Organization*. In: Basic

documents. 48th. ed. Geneva: WHO Press, 2014. p. 1-19. Disponível em: http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/ basic-documents-48th-edition-en.pdf. Acesso em: 12 fev. 2020.

YALOM, Marilyn. *História do seio*. Lisboa: Teorema, 1997. (Coleção Teorema Série Especial).